Lane Medical Library

Aus der Klinik von Herrn Privatdozenten Kgl. Universitäts-professor Dr. Paul Strassmann

Ueber Ovarialfibrome

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Otto Adler
approb. Arzt aus Ansbach (Bayern)

Tag der Promotion: 16. April 1915

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. **Bier.**

Referenten:

Prof. Dr. **P. Strassmann.**

Prof. Dr. **Bumm.**

Meinen lieben Eltern

zugeeignet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberovarialfibr0000otto

Wenn man die Literatur der Medizin auf gynäkologischem Gebiete verfolgt und hier wieder in erster Linie die Erkrankungen des Ovariums betrachtet, so sind unter allen Erkrankungen der Eierstöcke die Geschwulstbildungen die wichtigsten. Wie überall unterscheiden sich dieselben in bösartige und gutartige Neubildungen, oder in solche, die hart an der Grenze dieser Unterscheidung stehen. Wohl zu den häufigsten Erkrankungen dieses Organs gehören die zystischen Neubildungen, die Kystome in ihren verschiedenen Formen; im Gegensatz zu diesen stehen die soliden oder Vollgeschwülste, die weitaus seltener sind. Unter diesen letzteren sind es wieder die reinen Fibrome, die ziemlich selten zur Beobachtung kommen, und deren Existenz man längere Zeit und von verschiedenen Seiten in Frage gestellt hat. Nach dem Archiv für Gynäkologie fand Olshausen auf 293 Ovarialtumoren nur 6 reine Fibrome. Doch sind ja im Laufe der Zeit mehrere Fälle zweifelsfrei festgestellt worden. Ich hatte Gelegenheit, einen sehr schönen Fall dieser Art in der Klinik von Herrn Professor Dr. Strassmann, Berlin, kennen zu lernen.

Es handelte sich um eine 54 Jahre alte Frau Z., die am 9. Juni 1914 Herrn Professor Straßmann wegen ihres dicken Leibes konsultierte. Die Frau hatte zweimal geboren, das letzte Mal vor 10 Jahren. Bei der äußeren Untersuchung fand sich ein gewaltiger Ascites; ein Arzt hatte ihr deswegen, da sie sich nicht mehr bewegen konnte und fast dem Ersticken nahe

war, Digitalis gegeben, worauf die neben dem Ascites bestehenden Oedeme zurückgingen. Es fand sich folgender Befund:

Eine Frau im Bette liegend, Gesicht blaurot, wie bei einer Kompensationsstörung einer herzkranken, sehr fetten Frau. Puls zirka 120, der bei der geringsten Bewegung sofort in die Höhe ging, wenig gespannt.

Der Bauch, der enorm aufgetrieben war, enthielt massenhaft Ascites und in diesem Ascites einen Kolossaltumor. Die innere Untersuchung ließ einen kleinen und senilen Uterus im Becken erkennen, in dessen Umgebung keine Knoten waren; der Tumor ist von innen nur undeutlich erreichbar. Die Dauer des Leidens ist unbestimmt, da Patientin immer dick war. Da es sich um einen Ascites handelt bei dem abgegrenzten Tumor ohne Beckenmetastasen, so wird mit der Möglichkeit eines Ovarialfibroms gerechnet, da ein subseröses Myom keinen Ascites machen würde; gegen eine ausgebreitete maligne Erkrankung spricht die enorme Größe der Geschwulst und das Fehlen von Knoten im Becken. Die einzig mögliche Therapie bestand in der Operation, zu der sich die Patientin entschloß. Am 11. VI. wurde dieselbe vorgenommen und es liegt folgender Operationsbericht vor:

Indikation zur Narkose verboten, da Patientin Orthopnoe hat. Injektion von Novocain 0,1, wahrscheinlich zwischen 2.—3. Lendenwirbel. Vorbereitungen: Bad, Rizinus, Bismut, Codein, Rasieren, Benzin, Alkohol. Dauer der Operation zirka ¾ Stunden. Lage horizontal, Kopf erhöht umgekehrt, wie bei Beckenhochlage; Längsschnitt im Unterbauch, der dann erweitert wird, daß er über den Nabel geht. Es entlert sich Ascites in sehr reichlicher Menge von gelbgrüner, seröser Beschaffenheit. Puls

bessert sich sofort. Beim Eingehen findet sich ein großer, glatter Tumor, wie vorher diagnostiziert, ein Ovarialfibrom. Nachdem genügend erweitert ist, wird der große Tumor entwickelt; er geht mit einem Stiel von der rechten Uteruskante ab. Abtrennen vom Ligamentum infundibulo-pelvicum bis Uteruskante, Versorgung des Stiels durch fortlaufende Naht in 2 Reihen. Linke Seite nicht verändert, senil o. B., Naht des Peritoneums fortlaufend, Fascie in Matratzen, Haut mit Silk; Tumor 3650 g, sieht aus, wie ein subseröses Myom; es ist ein Fibrom von oberflächlichen Gefäßen überzogen. An der Kuppe gelbe Partie; Tube zieht in großem Bogen darüber hinweg. Nicht eine Verwachsung im Becken!

Die Patientin hat die Operation gut überstanden und konnte die Klinik nach 16 Tagen als geheilt entlassen.

Aus dem in Formalin gehärteten Tumor wird ein Stück herausgenommen und davon Gefrierschnitte hergestellt. Dieselben werden methodisch gefärbt. Man sieht in großer Anzahl dicht aneinander gedrängte, miteinander eng verwachsene Bindegewebsfaserbündel, mit zahlreichen spindelförmigen Kernen. An ganz vereinzelten Stellen sind diese Bündel etwas lockerer verflochten, ganz kleine Räume zwischen sich lassend. Follikel ebenso wie glatte Muskelfasern sind nicht zu finden. Die Distrikte sind sehr gefäßarm, Reste von ovariellem Gewebe sind nicht vorhanden.

Dieser histologische Befund läßt die Berechtigung zu, in unserem Falle von einem reinen Fibrom zu sprechen!

Es zeigt sich dieser Fall demnach als ein typisches Ovarialfibrom des linken Eierstocks, wie es in der Literatur öfters beschrieben ist. Ich habe auf diesen Fall hin die Zentralblätter und

die Jahresberichte für Gnäkologie, die Monatsschriften und das Archiv für Gynäkologie, die Lehrbücher von Veit-Pfannstiel und Runge, sowie Olshausens Buch über „Die Krankheiten der Ovarien“ durchgesehen, um mir Material über Ovarialfibrome zu sammeln, soweit darüber berichtet ist, viel ist jedoch in der Literatur nicht zu finden. Für den Kliniker mag es wohl zunächst einmal interessant sein festzustellen, ob es ein Lebensalter gibt, das von diesen Geschwülsten bevorzugt wird?

Veit-Pfannstiel schreibt in seinem Lehrbuch über Ovarialfibrome, daß sie in jeder Art vorkommen, vom 8. (Bianchi) bis 72. (Sänger, Gräfe), daß aber das 4.—5. Lebensdecennium bevorzugt sei; und

T. Soli (Turin) schreibt in seinem „Beitrag zur Kasuistik der Ovarialfibrome“ laut Zentralblatt 1907 Seite 550: Bezüglich des klinischen Bildes ist noch daran zu erinnern, daß diese Tumoren in der Regel zwischen 30 und 40 Jahren vorkommen.

Alban Doran berichtet in der Lond. Obst. laut Jahr.-Ber. 1896 Seite 507 von 11 Fällen, die meist jugendliche Personen betrafen und

Olshausen sagt in seinem Werke „Krankheiten der Ovarien“ es sei an dem klinischen Verhalten der Ovarialfibrome das Bemerkenswerte, daß sie verhältnismäßig häufig bei jugendlichen Personen vorkommen; dagegen erzählt

Gräfe wieder im Jahresbericht 1895 Seite 441 von 2 Fällen, die erst nach Eintritt der Menopausen auftraten.

In der von mir angegebenen Literatur bin ich auf zirka 40 Fälle von Ov. fib. gestoßen, die teilweise wenigstens näher beschrieben waren, und von denen in 19 Fällen das Lebensalter angegeben war, in ein paar anderen die allgemeine Bemerkung

„ältere Frau“ stand. Von diesen 19 Kranken waren 13 über 50 Jahre alt und nur 3 unter 40, ein Fall betraf ein ganz junges Mädchen, so daß ich mich wohl im allgemeinen der Ansicht von Veit-Pfannstiel anschließen möchte, daß die vierziger und fünfziger Jahre wohl am häufigsten davon betroffen sind.

Die angegebenen Fälle betrafen, soweit darüber berichtet war, sowohl verheiratete, wie nicht verheiratete Frauen, auch solche, die geschlechtlichen Verkehr nicht genossen hatten, die meisten hatten öfters geboren, davon eine 16 mal, eine ist ausdrücklich als Nullipara bezeichnet. Wenn man im allgemeinen das 52. Lebensjahr der Frau als den Beginn des Klimakteriums annimmt, so fallen 10 der von mir vorgefundenen Fälle jenseits desselben, außerdem ist in 4 Fällen ausdrücklich auf die Cessatio mensium hingewiesen.

Maurice Teissoniere schreibt darüber in seiner „Contribution à l'étude des fibroms de l'ovaire“ laut Zentralblatt f. Gyn. 1910 Seite 967: Die Fibrome des Ovariums erscheinen meistens in der vollen Geschlechtstätigkeit der Frau, und

Alban Doran, der laut Jahr.-Ber. 1896 S. 507 von 11 Fällen berichtet, spricht davon, daß nur ein Fall in der Menopause auftrat.

Gräfe erzählt nach J.-B. 1895 S. 441 von 2 Fällen, bei denen im „Gegensatz zu dem sonst häufigeren Vorkommen bei jugendlichen Personen erst nach Eintritt der Menopause die Geschwulst entstanden war.

Man kann demnach wohl kaum davon sprechen, daß das Ovarialfibrom meistenteils in der Zeit der vollen Geschlechtstätigkeit der Frau vorkomme, da, wie ich erwähnt habe, eine ganze Anzahl beschrieben ist, die erst nach der Menopause aufgetreten sind, sondern es werden sich die einzelnen Fälle wohl

in das geschlechtstätige Alter und in das Klimakterium gleichmäßig teilen, wobei ich mich noch eher der Ansicht zuneigen möchte, daß diese Erkrankung des Eierstocks vielleicht, wie manche andere, erst durch das Aufhören der eigentlichen Tätigkeit des Organs einen günstigen Boden für ihr Auftreten vorfindet.

So wie über das Alter, in dem diese Geschwülste hauptsächlich auftreten, so schwanken auch die Ansichten über die Größe der Tumoren.

Olshausen meint in seinem Werke über „Krankheiten der Ovarien“: „Das betroffene Organ erlangt meist nur Wallnußgröße oder Gänseeigröße.“ Im Archiv für Gynäkologie 1905 Seite 70 steht zu lesen:

Koeberle schreibt, daß die Fibrome relativ klein bleiben und nie 10 oder 15 cm Durchmesser überschreiten, und nach

Patenko können sie die Größe eines Hühnereies oder höchstens die eines Gänseeies erreichen. Es ist aber dann auch weiter davon die Rede, daß Fälle von außerordentlicher Größe beschrieben sind, wie die von Spiegelberg mit 30 kg, die von Clemens mit 40 kg, die von Simpson mit 56 Pfund usw.

Runge spricht in seinem Lehrbuch über die stromatogenen Neubildungen des Ovariums ebenfalls, daß diese Geschwülste eine erhebliche Größe erreichen. Diese wenigen Beispiele genügten schon, um der Ansicht Olshausens, Koeberles und Patenkos entgegenzutreten, aber in der von mir erwähnten Literatur sprechen ebenfalls die meisten Berichte von einer ganz ansehnlichen Größe dieser Geschwülste, wie der von mir beschriebene Fall aus der Klinik von Herrn Professor Straßmann selbst.

Nur einige wenige Beispiele will ich dafür anführen und beschränke mich darauf, sie lose nebeneinander zu stellen:

Zentralblatt für Gynäkologie:

1912 S. 616, gyn. Ges. Wien: Kindskopfgroßer Tumor.

1906 S. 209, Dr. Rindfleisch (Gera): Mannskopfgroßer Tumor.

1906 S. 488, gyn. Ges. Berlin: Herr Nagel: Ovarialfibrom, das 33½ Pfund wog.

1904 S. 1325, W. Graham (Chicago): Mannskopfgroßer Tumor.

1893 S. 1054, 2 seltene Fälle v. Fib. ov.: 13 Pfd. schwerer Tumor mit 40—50 hühnerei - kindskopfgroßen Anhängseln.

Jahresbericht für Gynäkologie:

1913 S. 105, Le Fillatre G.: Volumineux fibrome de l'ovaire gauche: Kindskopfgroßer Tumor.

1904 S. 500, Sturmer: 17½ Pfd. schweres Ovarialfibrom.

Ich glaube, damit ist zur Genüge bewiesen, daß man nicht davon reden kann, daß diese Geschwülste keine erhebliche Größe erreichen, sondern wie man sieht, können dieselben zu ausgesprochenen Kolossaltumoren anwachsen.

Die Gestalt der Tumoren ist so ziemlich von allen Berichterstattern gleichmäßig angegeben. So schreibt Runge: „Das Fibrom stellt einen glattwandigen oder höckrigen Tumor dar, der häufig die Form des Ovariums bewahrt hat"; auch nach Veit-Pfannstiel und Olshausen ist dies der Fall; soweit in den von mir gesammelten 40 Fällen darüber berichtet ist, findet sich dasselbe; ebenso beschaffen ist der Tumor, der den Ausgangspunkt zu dieser Arbeit gebildet hat. Die Konsistenz wird über-

all als sehr derb angegeben und die Farbe bewegt sich zwischen weiß, weißgelblich und grau.

Was den Ausgangspunkt, die Art der Entstehung und den histologischen Bau des Tumors anlangt, so sind darüber wieder einige Meinungsverschiedenheiten vorhanden.

Virchow ist der Ansicht, der laterale Teil des Eierstockes sei der Ausgangspunkt der Geschwülste; dem widerspricht

Veit-Pfannstiel in seinem Lehrbuch, wo es heißt: „Dies scheint jedoch nicht für alle Fälle zuzutreffen; ich fand sogar einmal ein exquisit median entwickeltes Fibrom, dem der normal gebliebene Teil des Eierstocks wie ein Appendix lateralwärts anhing; solche median entwickelten Fibrome mögen vielleicht von den in den Eierstock ausstrahlenden Gewebsteilen des Ligamentum ovarii entstehen."

Meiner Ansicht nach läßt sich das schon deswegen sehr oft nicht unterscheiden und bestimmen, weil man sehr häufig, wenn die Geschwulst zur Operation kommt, vor einem factum perfectum steht, das heißt, der Eierstock ist überhaupt nicht mehr vorhanden, sondern an seiner Stelle befindet sich eben der fertige Tumor; allen Tumoren gemeinsam scheint die Integrität der Tube zu sein. Es ist wohl auch weitaus in der großen Mehrzahl der Fälle so, daß eben an der Stelle des Ovariums sich der Tumor befindet, wobei von ersterem nichts mehr vorhanden ist, und zu den wenigen Ausnahmen gehört wohl ein Fall, wie ihn

Rouffart (Brüssel) laut Zentralblatt 1900 S. 1336 beschreibt: „In dem Präparat war interessant, daß die Neubildung sich nur an einem Pol des Ovariums entwickelt hatte, der andere war in Gestalt und Bau normal geblieben." Dem gegenüber erwähnt

Vautrin laut Jahresbericht 1906 S. 263 ausdrücklich, „das ganze betroffene Ovarium wird fibromatös umgewandelt".

In bezug auf den histologischen Bau der Geschwulst ist meiner Ansicht nach nur der Tumor als ein reines Fibrom anzusprechen, in dem sich glatte Muskelfasern nicht nachweisen lassen, oder höchstens in ganz geringer Menge. So schreibt Olshausen: „Der Bau dieser Tumoren ist ein rein bindegeweblicher, bald sind glatte Muskelfasern gleichzeitig nachweisbar, doch sind dieselben stets sparsam." Dagegen meint

Veit-Pfannstiel: „Glatte Muskelfasern sind oft nachweisbar, wenn auch nicht in solcher Menge, wie im Uterusmyom; doch ist bereits eine beträchtliche Anzahl von Fällen beschrieben, bei denen ausdrücklich der Reichtum an muskulären Elementen hervorgehoben wird, so namentlich von Fließ, Jakoby, Sangalli usw. Ich habe 2 derartige Fälle gesehen und kann in dem reichlichen Gehalt von Muskelfasern nichts Wunderbares finden, da das Ovarium der Erwachsenen nicht nur in der Wandung der Gefäße, sondern auch im Stromagewebe physiologischerweise Muskelfasern enthält." Es sind dann in der von mir genannten Literatur noch einige Fälle aufgezeichnet, in denen die Anwesenheit von glatten Muskelfasern erwähnt wird; so z. B.

Zentralbl. 1903 S. 1376: Albert Blas: Eierstockfibrom mit glatten Muskelfasern.

Zentralbl. 1906 S. 736: P. Pusch: Sie bestehen zumeist nicht nur aus Bindegewebe, sondern sind auch von Muskelfasern durchsetzt.

In der weitaus größten Zahl der Fälle hört man jedoch von glatten Muskelfasern nichts, und ich meine, es ist vielleicht der

Verdacht nicht von der Hand zu weisen, daß es sich in den mit besonders zahlreichen Muskelfasern angegebenen Fällen eher um ein Fibromyom als um ein Fibrom des Eierstocks gehandelt hat; beide sind aber doch von einander getrennt zu halten. Da diese Geschwülste aber nichts gerade Alltägliches sind, wird wohl noch einige Zeit darüber vergehen, bis hier mit Sicherheit etwas behauptet werden kann. Ebenso ist man sich noch im Unklaren darüber, was diese Tumoren bei ihren Trägerinnen für örtliche Symptome hervorrufen. Meistenteils findet man darüber in der Literatur überhaupt keine Bemerkungen, oder wenn, dann nur sehr spärlich. So konnte ich z. B. in der von mir angegebenen Literatur fast gar nichts darüber finden, welchen Einfluß das Fibroma ovarii auf die Menstruation der Frauen hat in den Fällen, die während des geschlechtstätigen Alters der Patientinnen auftreten, wobei diese meiner Ansicht nach allerdings die selteneren sind. Es finden sich im ganzen zwei Hinweise darauf:

Alban Doran berichtet laut Jahresbericht 1896 S. 507: „Die Menstruation zeigte in der Hälfte der Fälle keine Störung", und das

Archiv für Gynäkologie nimmt regelmäßige Menstruation als einen Punkt für die Diagnose eines Ovarialfibroms auf.

Im allgemeinen herrscht die Ansicht vor, daß diese Eierstockgeschwülste überhaupt nur geringe Beschwerden machen, wobei einzelnes, wie schon bemerkt, fast nicht erwähnt ist; z. B.

Zentralbl. 1912 S. 516, Geb. gynäk. Ges. Wien:
J. E. Tikinads: „Sie rufen keine hervorragenden Störungen hervor."

1907 S. 50, T. Soli (Turin): „Ihr jetziges Leiden begann im Anschluß an körperliche Anstrengung mit Leib- und Kreuzschmerzen."

1906 S. 736, P. Puech: „Schmerzen können fehlen oder auch vorhanden sein."

1905 S. 733, MarieJoseph Alexandre Codet-Boisse: Evolution clinique à type malin dans les fibroms de l'ovaire: „Sie werden charakterisiert durch die Erscheinung von Oedemen, Schmerzen und Pleuraerguß."

1903 S. 588, Hunner (Baltimore): „Seine 53 Jahre alte Patientin hatte seit 12 Jahren zunächst nur an periodisch auftretenden, sehr häufigen Schmerzanfällen in der rechten Seite und Lumbalregion gelitten."

Das sind die wenigen Fälle, die in der Beziehung erwähnt sind; außerdem schreibt

Olshausen: „Daß diese Art von Bindegewebswucherung bei der geringen Größe Symptome nicht hervorrufen kann, begreift sich von selbst."

Durch die vorausgegangenen Ausführungen dürfte genügend erhärtet sein, was es „mit der geringen Größe" auf sich hat, so daß also auch der Schluß, den Olshausen daraus zieht, wohl nicht richtig sein dürfte.

Veit-Pfannstiel schließlich meint ebenfalls: „sie machen wenig Beschwerden; als beweglichere kleinere Geschwülste können sie Einklemmung im Becken machen".

Wenn es also den Anschein hat, als würde die Geschwulst in der Regel keine besonderen örtlichen Symptome hervorrufen, so scheint es doch ein allgemeines Symptom zu sein, welches unsere Aufmerksamkeit auf sich lenkt, und das ist der Ascites.

Olshausen schreibt darüber: „Das, was bei diesen Geschwülsten am häufigsten das Allgemeinbefinden alteriert und die Kranken veranlaßt, den Arzt aufzusuchen, sind nicht die geringen Beschwerden von der Geschwulst selbst, sondern von dem komplizierenden Ascites, der selbst bei diesen gutartigen Tumoren durchschnittlich früh und öfters in erheblichem Grade sich einstellt."

Das Material, das mir zur Durchsicht vorlag, gewährte mir leider keine Einsicht darin, in welcher zeitlichen Beziehung das Auftreten des Ascites zu der Entstehung der Geschwulst selbst steht. Immerhin muß es doch wohl so sein, daß die Geschwulst zuerst eine gewisse Größe erreicht haben muß, um den Ascites hervorzurufen, wobei allerdings bis heute die Frage noch nicht geklärt scheint, was die Ursache des Ascites ist; davon wird später noch zu reden sein. Es handelt sich zunächst nur darum, nachzuweisen, daß der Ascites eine häufige Begleiterscheinung des Fibroms ist und nicht, wie es häufig die Ansicht ist, der Ascites ein beinahe ausschließliches Charakteristikum nur maligner Geschwülste sei.

In dem mir vorliegenden Fall aus der Professor Straßmannschen Klinik entleerten sich mindestens zirka 10 Liter gelbliche Ascitesflüssigkeit.

Runge schreibt in seinem Buch über die stromatogenen Neubildungen des Ovariums: „Die Fibrome wachsen langsam, erzeugen aber sehr häufig Ascites"; und ebenso schreibt

Veit-Pfannstiel in seinem Lehrbuch über Ovarialfibrome: „Sehr häufig ist die Bildung von Ascites in großen Mengen." Ja mancher Autoren Ansicht geht sogar so weit, daß der Ascites ein gewisses Charakteristikum der Geschwulst für die Diagnose Ovarialfibrom abgebe. So schreibt:

Teste in seiner Contribution à l'étude des fibroms de l'ovaire: „Einen diagnostischen Hinweis im Gegensatz zu anderen Ovarialtumoren geben das Vorhandensein von Ascites“ usw. Im

Archiv für Gynäkologie vom Jahre 1905 steht zu lesen: „Ein sehr häufiges Symptom ist der Ascites; das Vorfinden eines soliden, harten Tumors mit langsamer Entwicklung, mit Ascites ... lassen die Diagnose auf ein Ovarialfibrom begründet erscheinen.“

Der Jahresbericht von 1901 bringt auf Seite 252 einen Bericht von

Bishop Stanmore in der path. Soc. of Manchester, in dem es heißt: „Hervorgehoben wird, daß diese Fibrome die einzigen gutartigen (abgesehen von den an der Grenze zwischen gut- und bösartig stehenden Papillomen) Geschwülste sind, die Ascites hervorrufen.“

Man ersieht also, daß der Ascites eine ungemein häufige Begleiterscheinung der Eierstockfibrome ist. Seine Menge und Größe schwankt zwar; es kommen Fälle mit nur wenigen Litern vor, ebenso aber solche, in denen die Flüssigkeit einen kolossalen Umfang annimmt. Zehn bis fünfzehn Liter Ascites sind keine Seltenheit und es sind Fälle bis zu 25 und 30 Liter Flüssigkeit beschrieben worden. Einen derartigen Fall erwähnt

Dr. Rindfleisch im Zentralblatt 1906 Seite 209: „Es fällt der enorme Umfang des Leibes auf, der über dem Nabel gemessen 196 cm betrug. Patientin mußte die meiste Zeit auf dem Stuhle sitzend zubringen. Liegen war nahezu unmöglich. Bei der Operation werden 25 Liter einer klaren, bräunlichen Flüssigkeit entleert.“

Im Zentralblatt 1900 Seite 769 berichtet die geburtshilflich

gynäkologische Gesellschaft Wien gemäß ihrer Sitzung vom 27. III.:

Likotzky erwähnt einen Fall von Ovarialfibrom, bei dem der Ascites ins Ungemessene anwuchs, so daß lebensbedrohliche Erscheinungen auftraten; bei der Operation quollen mehr als 20 Liter Flüssigkeit hervor, wobei der Tumor selbst kaum das Gewicht von 3 Pfund hatte. Ich habe an den mir vorliegenden Fällen herauszubekommen versucht, ob die Menge des Ascites in irgend einem Verhältnis zu der Größe der Geschwulst steht, denn schließlich würde es doch nahe liegen, anzunehmen, daß Größe der Geschwulst und Menge des Ascites einander ungefähr entsprechen, doch diese Annahme täuschte, und ich fand Fälle wie der vorher beschriebene, wo der Tumor teilweise ganz klein war und doch eine enorme Menge von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle sich vorfand; andererseits gibt es Fälle, in denen der Tumor eine ganz ansehnliche Größe und Gewicht hatte, die Menge des Ascites aber sehr klein war.

Im Jahresbericht 1906 Seite 505 erzählt

Alban Doran in der Trans. Obst. Soc. London von einem Ovarialfibrom, das 7¾ kg schwer war und 2 Liter Ascites erzeugt hatte.

Die Menge des Ascites hängt also von anderen Momenten ab, vielleicht von der Lage, der Beschaffenheit des Tumors und anderen Dingen. Darüber herrscht wohl ebensowenig Klarheit wie über die Entstehungsursache des Ascites schließlich selbst. So ziemlich alle Autoren haben verschiedene Ansichten über die Art und Weise und den Grund, wodurch und wieso der Ascites zustande kommt, und so passiert es, daß fast jeder seine eigene Erklärungsformel hat, aber schließlich doch zu keinem festen Urteil darüber kommen kann.

Beim einen sind es chemische Vorgänge, beim anderen rein mechanische; der eine sucht den Grund in der Form und Beschaffenheit des Tumors, der andere macht Reiz- oder Stauungserscheinungen dafür verantwortlich, nur in einem scheint man sich einig zu sein, daß nämlich die Ursache des Vorhandenseins eines Ascites vor allem erst einmal in der Anwesenheit der Geschwulst selbst zu suchen sei, denn die Entfernung der Geschwulst auf operativem Wege bringt, wie die Erfahrung lehrt und die beschriebenen Fälle zeigen, immer das dauernde Verschwinden der Ascitesflüssigkeit mit sich. Ebenso verhielt es sich auch in unserem Fall.

Was ich in der Literatur darüber finden konnte, ist nicht sehr viel.

Olshausen behandelt die Frage in seinem Lehrbuch und sagt: „Die Ursache des Ascites bleibt in der Regel unklar; die Flüssigkeit ist eine durchaus klare, und das Peritoneum findet man bei der Laparotomie durchaus frei von allen entzündlichen Erscheinungen. Man kann deshalb nicht von einer entzündlichen Reizung sprechen, wie oft bei dem zum corpus carcinom hinzutretenden Ascites. Wie aber die oft kleinen und fast immer langsam wachsenden Tumoren eine Stauung zuwege bringen sollten, die zum Ascites führt, während das die viel rascher wachsenden und stärkeren Kystome fast nie zu tun pflegen, ist ebensowenig einzusehen. Und doch ist ganz gewiß die Gegenwart der Geschwulst das, was allein den Ascites bedingt, denn mit ihrer Wegnahme ist auch der Ascites für immer verbannt. Das wahrscheinlichste bleibt, anzunehmen, daß der Tumor in seiner Umgebung das Peritoneum zu stärkerer Sekretion anregt, während die Resorptionstätigkeit nicht in gleichem Maße gesteigert wird.“ Darüber schreibt:

L. Dartigues (Paris) in seiner Aetiologie und pathologisch-anatomischen Studien über solide Eierstocktumoren laut Zentralblatt 1900 Seite 680: „Trotz häufiger Punktion tritt der Ascites immer wieder auf, wenn der Tumor sich selbst überlassen bleibt"; und ein sehr charakteristischer Fall ist zu lesen im Zentralblatt 1910 Seite 1597, Bericht der gynäkologischen Gesellschaft München, Sitzung vom 10. März 1910:

Herr Amann: Patientin war vor der Operation 37 mal punktiert worden; nach der Totalexstirpation sind Oedeme und Ascites völlig verschwunden."

Das seien nur wenige Beispiele dafür; in der von mir angeführten Literatur sind weitere dafür zu finden. Wenn es demnach mit Sicherheit feststeht, daß es eben der vorhandene Tumor ist, der die Ursache des Ascites bildet, so ist es absolut nicht geklärt und es gehen die Meinungen weit auseinander, auf welche Art und Weise und unter welchen besonderen Umständen der Ascites entsteht. Auf die Frage nach der Ursache des Ascites geht dann mit wenigen Worten

Veit-Pfannstiel in seinem Lehrbuch ein und meint: „Die Ursache des Ascites ist ebensowenig klar, als es auch eine Anzahl von Fibromen gibt, die ihn nicht aufweisen. Olshausen nimmt eine Reizung des Bauchfells wohl mechanischer Art an, Schauta eine Blutstauung im Ligamentum latum, ich möchte glauben, daß chemische Reize zugrunde liegen, bedingt durch Stoffwechselprodukte aus dem Tumor."

Meiner Ansicht nach liegt die Wahrheit vielleicht in der Mitte; ich stelle es mir so vor, daß die Anwesenheit dieses Fremdkörpers, des Tumors, das Pertoneum stört und dieses letztere zu einer über die Norm starken Transsudation veranlaßt, denn es ist eine charakteristische Eigenschaft des Bauchfells, auf

Reize jeder Art rasch Exsudate zu bilden. Nun mag meinetwegen die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums damit nicht gleichen Schritt halten, oder durch eventuell nebenbei vom Tumor ausgehende Stoffwechselprodukte herabgesetzt sein. So denke ich es mir in der Anfangszeit und dann, wenn der Tumor anfängt größer zu werden, und unter besonders obwaltenden Umständen, dann mag durch Druck auf die umliegenden Blutgefäße auch noch Stauung hinzutreten und so die Entstehung noch weiteren, ausgedehnteren Ascites veranlaßt sein.

Die Beseitigung des Ascites aber heißt die Beseitigung der Geschwulst, denn überall ist Erwähnung getan, daß nach Entfernung des Tumors die Wassersucht prompt verschwindet. Die Beseitigung der Geschwulst aber geschieht am schnellsten und besten durch die Operation. Dadurch wird die Frau sofort von Ursache und Folgen ihres Leidens befreit, denn Rezidive sind, soweit es sich wirklich um reine Fibrome handelt, nirgends gefunden worden.

Ebenso hat man bei reinen Fibromen nirgends Metastasen gefunden, dagegen sind öfters Verwachsungen mit Darm und Netz und auch Stieldrehung festgestellt worden. Einzelne Beispiele dafür sind in der angegebenen Literatur erwähnt. An sekundären Veränderungen, die diese Geschwülste erleiden können, findet man schleimige Degeneration, Erweichung mit Bildung cystischer Zerfallshöhlen, fettige Degeneration und mit am häufigsten die Verkalkung im Zentrum und an der Oberfläche.

Wenn ich zum Schluß zusammenfasse, was für die Diagnose eines Ovarialfibroms Wert besitzt, so ist es folgendes:

Das Vorfinden eines soliden, harten, gut beweglichen Tumors, der vom Uterus unabhängig sich langsam entwickelt, mit

nicht fühlbaren Adnexen an der dem Tumor entsprechenden Seite, bei geringen Beschwerden der Patientin, aber sehr oft vorhandenem, manchmal recht reichlichem Ascites. So ist ungefähr das Bild, das uns ein reines Ovarialfibrom mit Ascites bietet.

Wenn ich durch diese Zusammenstellung, die natürlich auf Vollständigkeit keinen Anspruch erheben kann, nur ein wenig zum Verständnis der Ovarialfibrome beigetragen hätte, wäre ich zufrieden. Es ist leichter, an täglich vorkommenden Dingen zu studieren und zu lernen, als an solchen, die sich seltener erweisen. Darum danke ich es dem glücklichen Zufall, daß ich in der Klinik meines hochverehrten Herrn Lehrers für Geburtshilfe und Gynäkologie, Privatdozenten Universitätsprofessor Dr. Paul Straßmann einen solchen Fall sehen konnte, nicht minder ihm selbst, der in größter Liebenswürdigkeit mir dieses Thema zur Bearbeitung überließ.

Literaturverzeichnis.

1. Olshausens Lehrbuch der Gynäkologie.
2. Lehrbuch der Gynäkologie von Max Runge, III. Auflage: „Die stromatogenen Neubildungen des Ovariums".
3. Lehrbuch der Gynäkologie von Veit-Pfannstiel.
4. Die Jahresberichte für Gynäkologie, die Jahrgänge: 1913, 1906, 1904, 1903, 1901, 1897, 1896, 1895.
5. Die Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
6. Das Archiv für Gynäkologie.
7. Die Zentralblätter für Gynäkologie, die Jahrgänge: 1914, 1912, 1910, 1909, 1908, 1907, 1906, 1905, 1904, 1903, 1900, 1898, 1895, 1893, 1890.

Lebenslauf.

Der Verfasser wurde am 19. November 1886 zu Ansbach in Bayern geboren. Nach Erlangung des Reifezeugnisses Juli 1907 am kgl. humanistischen Gymnasium Fürth i. B. bezog er die Universität, um sich seiner Neigung nach zuerst mit volkswirtschaftlichen Studien zu befassen, aber zu gleicher Zeit sich der Medizin zuzuwenden. Er studierte in München und Kiel, wo er 1911 die ärztliche Vorprüfung bestand. Die klinischen Studien erledigte er sämtlich in Berlin. Als Famulus war er tätig mehrere Monate auf der chirurgischen Station im Krankenhaus am Friedrichshain unter Herrn Professor Dr. Neumann und Oberarzt Dr. Braun, auf der inneren Station derselben Anstalt zirka 4 Monate bei Herrn Professor Dr. Magnus Lewy am pathologischen Institut, ebenda bei Herrn Professor Dr. Pick und längere Zeit geburtshilflich und gynäkologisch in der Klinik von Herrn Professor Dr. Paul Straßmann. August 1914 bestand er das Staatsexamen. Die Approbation erhielt er September 1914. Er war zuerst in einem Vereinslazarett in Berlin als Assistent, dann als kriegsfreiwilliger Arzt in einem Reservelazarett 4 Monate in Jüterbog tätig. Zurzeit harrt er seiner Verwendung als Landsturmarzt.